

EVALUACIÓN NEFROLÓGICA

Fecha de evaluación: ____/____/____/

DATOS DEL AFILIADO

Afiliado N°: _____ Apellido y nombre: _____

DNI: [][][][][][][][][] Fecha de Nacimiento: ____/____/____/ Edad: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

FUNCIÓN RENAL (KDIGO – TFG)

Creatinina: _____ mg/dl TFG: _____ ml/min/1.73m² Albuminuria (ACR) ACR: _____ mg/g

ECOGRAFÍA RENAL

Ecogenicidad cortical (con respecto al parénquima hepático):

- ☐ Normal
☐ Leve aumento
☐ Marcado aumento

Diferenciación córtico-medular:

- ☐ Conservada
☐ Disminuida
☐ Pérdida

Grosor cortical:

- ☐ Normal / aumentado
☐ Disminuido
☐ Marcadamente disminuido

Parénquima renal:

- ☐ Normal / aumentado
☐ Disminuido

Tamaño renal:

- ☐ Normal
☐ Disminuido

OBSERVACIONES

Firma y sello del profesional